N° 84
9

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LUXATIONS SPONTANÉES DE LA HANCHE

(LUXATIONS AIGUËS)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1903

PAR

M. ARDISSON

Né à Cannes (Alpes-Maritimes)

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) ..... Doyen
FORGUE ..... Assesseur

PROFESSEURS :

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT
— Charg. du Cours, M. PUECH.	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS H.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), BERTIN-SANS F. (✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VEDEL, agrégé.
Pathologie externe	IMBERT Léon, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. L. IMBERT.
RAUZIER.	MOURET.	VEDEL.
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU.
de ROUVILLE.	RAYMOND.	POUJOL.
PUECH.	VIRES.	

M. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, Professeur, *Président.*	MM. MOURET, Agrégé.
GILIS, Professeur.	de ROUVILLE, Agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE REGRETTE

ARDISSON.

A MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

ARDISSON.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

ARDISSON.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous avons un double devoir à remplir. Témoigner à nos chers parents la plus vive reconnaissance, car c'est eux qui nous ont fourni les moyens d'entreprendre la carrière médicale ; adresser ensuite à nos Maîtres de la Faculté tous les remerciements auxquels ils ont droit pour nous avoir permis d'aborder sans crainte la pratique de la médecine, et cela, grâce à la précision, la sûreté et la supériorité de leur enseignement.

Nous remercions vivement M. le professeur Tédenat de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous n'oublierons jamais son dévouement, alors qu'aux premiers jours de nos études, il sauva d'un péril imminent la vie d'un être qui nous est cher. Combien pratique et sans prétention est l'enseignement expérimenté du clinicien, combien grande l'habileté du chirurgien.

Pendant longtemps et d'une façon assidue, nous avons suivi les visites de M. le professeur Grasset, attiré que nous étions par la haute conception, la sagacité d'observation et la minutieuse analyse du Maître.

C'est M. le professeur agrégé Rauzier qui, grâce à son esprit méthodique dans l'examen des malades, sa diagnose serrée, nous a appris à nous, comme à tant d'autres, à nous

diriger dans les cas quelquefois si complexes de la clinique. Ces principes, toujours présents à notre esprit, faciliteront notre tâche en même temps qu'ils évoqueront le souvenir de l'homme dont la science n'eut d'égale que l'amabilité.

Tous nos remerciements à M. le professeur Gilis, pour avoir bien voulu faire partie de notre jury et nous avoir inculqué, un peu sévèrement peut-être, nos principes d'anatomie. Merci également à MM. les professeurs agrégés Mouret et de Rouville, de vouloir bien assister à la soutenance de notre thèse.

MM. les professeurs agrégés Vires et Jeanbrau furent pour nous des amis en même temps que des Maîtres; trop court a été le temps où nous avons suivi leurs consultations gratuites; nous les quittons avec un vif regret.

Enfin, M. Soubeyran, chef de clinique, a droit à tous nos remerciements pour nous avoir aidé dans notre travail.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LUXATIONS SPONTANÉES DE LA HANCHE

(LUXATIONS AIGUËS)

INTRODUCTION

Sous le nom de « Luxations spontanées aiguës de la hanche », nous avons l'intention d'étudier les luxations pathologiques de l'articulation coxo-fémorale qui se caractérisent par leur apparition peu de temps après le début de l'affection causale et qui ne s'accompagnent pas de graves lésions des surfaces osseuses en contact.

Notre définition élimine donc d'emblée les luxations congénitales ainsi que les luxations spontanées progressives à évolution lente par déformation des surfaces osseuses de la tuberculose.

Par luxation aiguë nous entendons la luxation à début brusque, apparaissant sans cause apparente au cours de certaines maladies, telles que : fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, variole, rougeole, scarlatine, blennorragie, streptococcie. La coxalgie, au début, doit être comprise dans

ce cadre ; l'apparition très précoce du déplacement de la tête fémorale dans cette affection, la luxation spontanée subite s'observant du premier au troisième mois, ont été signalées par divers auteurs (Kirmisson). Trois observations personnelles, dues à l'obligeance de M. le professeur Tédenat, ont été la raison de notre étude.

Après avoir étudié l'historique de la question, nous en exposerons l'anatomie pathologique que nous ferons précéder d'un court résumé d'anatomie physiologique.

Nous passerons ensuite à la pathogénie et aux différentes théories émises pour l'expliquer

L'étiologie et la symptomatologie de ces luxations nous occuperont aux IVe et Ve chapitres. Les deux parties suivantes auront pour objet le pronostic et le diagnostic.

Quant au traitement, il fera le sujet de notre VIIIe chapitre et terminera notre modeste travail.

HISTORIQUE

La découverte de la luxation spontanée est presque aussi ancienne que la médecine elle-même. Hippocrate avait dit qu'une forte hydropisie pouvait amener une luxation spontanée. Selon sa théorie, ce liquide déplacerait l'os, le chasserait de la cavité articulaire où il se loge et le livrerait à l'action musculaire. Asclépiade le Bithynien voit ici l'influence d'une tumeur se développant dans les parties molles et envahissant petit à petit la cavité.

Galien [1], Paul d'Egine, Fabrice d'Aquapendente [2], développent et commentent les théories hippocratiques.

Ambroise Paré signale la luxation spontanée sans s'y arrêter.

Jean-Louis Petit reprend et précise l'étude des luxations consécutives. En 1722, il expose « ses observations anatomiques et pathologiques sur les chutes qui causent une luxation de la cuisse dont les auteurs n'ont point écrit. » Il développe en 1741 la théorie d'Hippocrate dans son traité des maladies des os. Heister, van Swieten se rangent à son opinion ainsi que Bérard et Morgagni. Andry, au contraire, préfère l'hypothèse d'Asclépiade le Bithynien et explique la luxation par le développement d'une tumeur ou d'une exostose (1725).

Desault (1781), Bichat [3] (1798), Sabatier, combattent, eux

[1] Galien. — *In* aphorismos comment : VI, p. 106, 1591.

[2] Fabrice d'Aquapendente — De tortione articulorum. 1628.

[3] Bichat. — *In* œuvres chirurgicales de Desault, 1798.

aussi, l'avis de J. L. Petit. Pour eux, « la cause matérielle de ces luxations est un engorgement des cartilages articulaires qui atteint et détruit leur organisation, et la présence de cet engorgement est une manifeste contre-indication à tout moyen mécanique par lequel on voudrait replacer la tête dans la cavité. » (Bichat).

Valsalva et Fallope modifièrent les données de Bichat et de Desault en invoquant un gonflement du tissu adipeux du fond de la cavité, du « cavum acetabuli ».

Humbert, de Morlaix[1], s'occupa du traitement de ces luxations (1835). Ce fut Patrice qui le premier fit définitivement accepter la théorie de J. L. Petit et fournit la preuve expérimentale et clinique qu'une accumulation de liquide peut chasser la tête fémorale hors du cotyle.

Bonnet, en 1845, mentionna et étudia, dans son « Traité des articulations », les luxations spontanées.

Dès lors, les observations, bien que rares, sont loin de faire défaut. Helwig en 1856, Güterboch en 1874, Kronlein, Sonnenburg, Keen, apportent des cas nouveaux.

Verneuil (1883) expose devant la société de chirurgie une théorie inédite faisant entrer en jeu l'atrophie et la paralysie de certains muscles, et la contraction exagérée de muscles antagonistes.

Didier soutient cette hypothèse dans sa thèse sur « les luxations pathologiques consécutives aux arthrites rhumatismales aiguës » (Paris 1880).

Forgue et Maubrac, dans la publication sur la Pathogénie des Luxations pathologiques» (1886), Kummer, Geyez (1898), Jourdan[2] (1898), Duplay (1900), Kirmisson (1901), Etienne (1902), ont fourni à cette question l'apport de travaux et d'observations personnelles.

[1] Humbert (de Morlaix).— Essai et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées de l'articulation iléo-fémorale. 1835.

[2] Jourdan. — *In* Revue de Chirurgie 1898,

ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE

L'articulation coxo-fémorale, douée de la mobilité propre aux énarthroses, présente en même temps une solidité remarquable grâce au concours de plusieurs moyens d'union que nous allons rapidement passer en revue.

1° *Appareil ligamentaire.* — Nous ne ferons que rappeler brièvement la forme en manchon de la capsule proprement dite, plus épaisse, plus résistante et, de ce fait, moins lâche que la capsule scapulo-humérale. Renforcée en avant par les ligaments de Bertin et de Bigelow formant entre eux une sorte d'N majuscule, et par la roue orbiculaire de Weber, elle atteint jusqu'à un centimètre d'épaisseur en haut et en avant et s'amincit beaucoup en bas et en arrière. Enfin, sa forme en barillet empêche la tête fémorale, qu'elle étrangle, de s'échapper tant qu'elle n'a point subi de déchirures.

D'autre part, le ligament rond, qui ne serait pour Sappey qu'un « protège-vaisseau », une sorte d'armature des artérioles et des veinules grêles et minces qui vont de l'échancrure du cotyle à la tête fémorale, aurait pour d'autres auteurs un rôle beaucoup plus important. Le professeur Gilis en fait un ligament d'arrêt s'opposant aux mouvements exagérés de flexion, adduction combinées ou de flexion, rotation externe. Tillaux lui attribue une fonction d'arrêt pour la transmission des violences extérieures, hypothèse ingénieuse que malheureusement aucune observation n'a

confirmée. Enfin Testut et nombre d'anatomistes cherchant dans l'anatomie comparée la raison d'être du ligament rond enseignent qu'il est un simple vestige de l'évolution des premiers types, un représentant du muscle « pectinéo-fémoral » tel qu'on le trouve chez le sphécodon ou l'autruche.

2° *Effet de la pression atmosphérique.* — Des observations sur le cadavre ont montré qu'une tête fémorale débarrassée de l'appareil musculaire environnant n'était pas sollicitée à tomber par le poids de l'extrémité fémorale. Ce point très connu a conduit les frères Weber à des expériences demeurées célèbres et qui leur permirent d'établir l'influence incontestée de la pression atmosphérique.

Si, en effet, sur l'articulation préparée de la façon sus-indiquée, on trépane à travers l'os coxal l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, on voit aussitôt la tête descendre de 4 ou 5 millimètres. Cette action indiscutable de la pression atmosphérique serait cependant subordonnée à celle des muscles s'insérant sur le pourtour de la cavité cotyloïde.

3° *Action musculaire.* — Si les ligaments étaient les seuls moyens d'union des os, leur force ou leur faiblesse déciderait le plus souvent de la fréquence ou du siège des déplacements osseux. Mais les muscles voisins jouent pour les surfaces osseuses qu'ils maintiennent rapprochées le rôle de ligaments complémentaires qui parachèvent et complètent l'action de la capsule et de ses contreforts fibreux.

Les divers muscles de la hanche et de la cuisse agissent bien différemment sur l'articulation coxo-fémorale : ainsi les adducteurs d'un côté, les pelvi-trochantériens et les fessiers de l'autre se conduisent en véritables antagonistes. Ces derniers forment une sorte de sangle contractile dont l'activité fonctionnelle lutte contre l'effort excentrique des adducteurs et maintient appliquées les deux surfaces articulaires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Demeurée longtemps obscure au temps où seules les nécropsies pouvaient renseigner à son sujet, l'anatomie pathologique des luxations spontanées a pu être étudiée sur le vivant depuis le triomphe de la méthode antiseptique.

Les luxations spontanées offrent des lésions analogues à celles des luxations traumatiques. Les lésions tant osseuses que ligamenteuses ou musculaires présentent dans les deux cas des ressemblances frappantes. C'est surtout dans les caractères anatomiques de la lésion, dont la luxation n'est qu'une complication que résident les différences les plus sensibles.

Etudions successivement les altérations ayant rapport :

a) Aux surfaces articulaires ;

b) Au contenu de l'articulation ;

c) A l'appareil ligamentaire.

I. Les surfaces articulaires. — Nous ne nous occuperons pas dans cette étude des destructions osseuses portant sur la tête du fémur ou le cotyle et pouvant aboutir dans certaines maladies à une véritable fonte des surfaces articulaires. L'éculement, l'usure, la destruction partielle ou presque totale de la tête fémorale, les mêmes lésions évoluant vers le bord supérieur de la cavité cotyloïde, permettent à ce qui reste de l'extrémité supérieure du fémur de glisser

dans la fosse iliaque externe, il y a plutôt translation graduelle des rapports osseux que luxation. Cette variété est étrangère à notre sujet.

Rien de semblable dans les luxations précoces. Celles-ci produites au début de l'affection causale, les altérations n'ont pas eu le temps de se produire du côté des ligaments et des surfaces osseuses, mais, bien que peu marquées, elles existent cependant dans nombre de cas étudiés : on voit par action continue de la pression de la tête du fémur sur la partie postérieure du rebord cotyloïdien celui-ci s'user et se creuser en haut et en arrière et faire ainsi de la migration articulaire (Ollier et Volkmann ont beaucoup insisté sur ces phénomènes intéressants).

Ruch[1] parle de nombreuses ulcérations par usures observées sur le cartilage de la tête fémorale d'un opéré de Lücke. Il cite chez un autre opéré de Lücke une surface rugueuse siégeant à la partie postérieure et supérieure du cotyle et due sans nul doute à la pression de la tête déplacée. Kummer a vu, ainsi que Lücke, la cavité remplie de fongosités et, dans un autre cas, encombrée de tissu conjonctif.

II. Contenu de l'articulation. — Le contenu de l'articulation, auquel on a voulu donner une haute importance pathogénique, puisque sur lui étaient basées les théories de Jean-Louis Petit d'une part, de Bichat, Desault, Fallope, etc., d'autre part, a toujours vivement préoccupé les chirurgiens.

Huter émet l'hypothèse, partagée par Karl Weil, que les luxations spontanées post-typhiques seraient dues à une arthrite suppurée dont le pus se résorberait le plus souvent, ce qui expliquerait son absence à l'intervention ou à l'autopsie.

[1] Ruch G. — Zwei Falle von Spontanluxation des Hüftgelenks nach acutem Gelenk Rheumatismus (Deutsche Zeitschrift für Chir. 1892 page 594).

Cette doctrine est contestable, la fièvre typhoïde produisant plus fréquemment des épanchements articulaires séro-hématiques qui n'arrivent à suppuration qu'avec une extrême lenteur.

M. Tédenat nous a communiqué trois faits, deux se rapportant au genou, l'autre à l'articulation de la hanche, dans lesquels l'épanchement était encore séro-hématique, sans trace de plus trois mois après l'infection typhique. On sait d'ailleurs que dans l'infection éberthienne, il existe des ostéo-périostites qui revêtent pendant longtemps la forme hémorragique. Elles ont été étudiées par M. Tédenat et son élève Abeille (thèse de Montpellier, 1884) et récemment par M. Chantemesse.

J. L. Petit admettait la présence de sérosité à l'intérieur, ainsi que nous l'exposerons au chapitre de la pathogénie, et basait sur la distension articulaire par cette sérosité sa théorie du mécanisme de la luxation spontanée. Parise soutient vivement l'opinion de J. L. Petit et fournit à son appui des expériences aussi intéressantes qu'ingénieuses. Roser se rallie volontiers à cette hypothèse sans toutefois admettre entièrement les conclusions de Parise. Strohmeyer accepte également cette donnée.

Quant aux idées de Desault, Bichat, etc., touchant la présence dans l'article d'exsudat fibrineux, elles rentrent plutôt dans le cadre des altérations cartilagineuses, et c'est à ce propos que nous avons cité les observations de Lücke et de Kummer.

III. Appareil ligamentaire. — Lorsqu'un traumatisme porte sur une articulation et la luxe, il se produit soit une déchirure capsulaire, soit un arrachement des ligaments accompagnés quelquefois même de leurs points d'insertion osseux Dans les luxations pathologiques on ne trouve plus

comme cause de force agissant brutalement ; les ligaments ne sont plus arrachés, ils sont distendus, leur résistance est affaiblie, et cela d'autant plus que l'arthrite préexistante les a altérés.

Kummer, en pratiquant une résection de la hanche pour luxation post-typhique iliaque irréductible, trouva le ligament rond conservé et notablement allongé, la circonférence postérieure de la capsule articulaire fortement épaissie. Nous croyons d'ailleurs intéressant de citer *in-extenso* son observation.

Observation Première

E. Kummer.— Luxation iliaque post-typhique, *Revue de Chirurgie*, 1888, p. 633.

A. Ch..., 10 ans 1/2, convalescente d'une fièvre typhoïde grave, entre au service de médecine de l'hôpital Butini au mois d'avril 1892. Elle n'a plus de fièvre, mais, extrêmement cachectisée, elle doit garder le lit à la suite d'une plaie par décubitus, située au niveau du grand trochanter droit, et d'une attitude vicieuse de l'extrémité inférieure droite. Pendant son séjour à l'hôpital, il se développe, chez la malade alitée et sans cause appréciable, une hydarthrose du genou droit que le Dr Gautier me prie d'examiner avec lui. Une ponction ramène un liquide séreux, clair, stérile (Pr Tavel). Au mois de juin, la malade est transférée dans le service de chirurgie afin de subir un traitement pour l'attitude vicieuse de la jambe gauche.

Voici ce que nous constatons :

Cuisse gauche fléchie sur le bassin à un angle d'environ 50°. Rotation en dedans et adduction très forte.

La distance, mesurée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'interligne externe du genou, est de 36 centimètres 1/2 à droite contre 36 centimètres à gauche. La différence réelle

dans la longueur des deux jambes ne correspond pas aux deux chiffres sus-indiqués, mais elle est plus considérable.

La pointe du grand trochanter dépasse en haut le niveau de la ligne de Nélaton-Roser dans une proportion que nous ne pouvons pas mentionner dans nos notes.

La tête du fémur a quitté la cavité cotyloïde et se trouve déplacée en haut et en arrière.

Opération le 11 juillet 1892. — Manœuvres de réduction sans résultat. Incision longitudinale circonscrivant les bords de la plaie par décubitus au niveau du grand trochanter; de l'extrémité supérieure de cette incision, une seconde oblique dans la direction de l'épine iliaque postérieure. Division de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, de l'aponévrose et du bord antérieur du muscle grand fessier. Ce dernier, extrêmement mince, a l'aspect fibreux, saignant fort peu. Après avoir écarté les bords des muscles moyen et petit fessiers, on arrive immédiatement sur la tête fémorale recouverte de la capsule articulaire. Cette dernière incisée, l'on se rend compte du déplacement postéro-supérieur de la tête du fémur, et l'on procède à une nouvelle tentative de réduction au moyen de mouvements de rotation en dehors et d'abduction, mais sans réussir à déplacer la tête. Pendant ces manœuvres, on perçut nettement un craquement dont nous ne tardâmes pas à avoir l'explication. Notre essai de réduction ayant échoué, il ne nous resta d'autre moyen de corriger l'attitude du membre que la décapitation qui fut faite. Nous détachons, à cet effet, l'insertion fémorale de la capsule articulaire et constatons une solution de continuité de l'os d'apparence récente et située entre le col du fémur et la tête, c'est-à-dire au niveau de l'épiphyse.

Extraction de la tête. Le ligament suspenseur est conservé et notablement allongé; la circonférence postérieure

de la capsule articulaire est fortement épaissie. La cavité cotyloïde est comblée par un tissu fibreux, résistant, d'aspect grisâtre; le sourcil cotyloïdien ne proémine qu'à la circonférence postérieure, où l'on reconnaît le bourrelet cotyloïdien fibro-cartilagineux.

Le col du fémur est complètement réséqué et le grand trochanter introduit en dessous du sourcil cotyloïdien; il trouve là suffisamment d'appui pour que nous croyions n'avoir pas besoin de creuser le cotyle.

Introduction d'une mèche de gaze iodoformée; suture de la plaie et pansement antiseptique. Mesures d'asepsie pure.

Nous ne ferons que résumer la fin de cette observation. Les suites opératoires furent excellentes; quant au résultat final, l'enfant, revue un an après, boitait très légèrement, grâce à un abaissement compensateur du bassin du côté gauche. l'état général était parfait.

Lorinzer, dans un cas de luxation consécutive à la variole, trouve « la tête fémorale solidement maintenue par la capsule attirée en haut; la partie inférieure du manchon articulaire était épaissie et imbibée. »

On ne constate donc, dans la majorité des cas, qu'une distension des ligaments et qu'un épaississement de la capsule.

Néanmoins plusieurs auteurs: Lucke, Dolbeau, Fomachon, ont observé la disparition partielle de la capsule articulaire. Il se produit alors une dégénérescence des vestiges de la capsule qui prolifèrent.

En somme, les lésions des ligaments se bornent à de l'épaississement, de la distension ou de la destruction partielle ou totale.

Pour ce qui est de la variété de la luxation, c'est la variété postéro-supérieure qui est la plus fréquemment observée; les autres ayant été seulement signalées

PATHOGÉNIE

La luxation spontanée, longtemps appelée « par cause interne », ayant été opposée à la luxation traumatique « par cause externe », on a cherché à expliquer son mécanisme, abstraction faite de toute violence extérieure. Nombreuses sont les théories invoquées pour expliquer ces luxations. Nous croyons cependant que l'on peut rapporter toutes les opinions émises à ce sujet à trois hypothèses principales :

I Théorie de l'accumulation du liquide dans l'articulation. C'est celle d'Hippocrate, reprise par J.-L. Petit et Parise de Lille (1842).

II. Théorie de la prolifération du cotyle (Desault, Bichat, Valsolva, etc.).

III. Théorie de l'action musculaire (Verneuil, Reclus).

I. — Théorie de l'accumulation du liquide

Fréquemment, les arthrites secondaires à des maladies infectieuses : variole, scarlatine, typhoïde, etc., sont des synovites séreuses. L'épanchement est ici un des premiers signes de la lésion. Quel est son rôle ?

Boyer prétend que le liquide épanché dans la cavité articulaire rapproche les surfaces osseuses. J.-L. Petit, le premier défenseur de la théorie hippocratique, affirme le contraire.

Parise, pour éclaircir définitivement la question, s'est livré à une série de remarquables expériences dont nous allons produire le résumé analytique.

Après avoir trépané la tête du fémur ou le cotyle, Parise injecte du liquide dans l'article. Chez l'adulte, la coxo-fémorale admet 40 à 50 grammes d'eau. L'injection met le fémur en flexion, abduction et rotation externe. Le grand trochanter est poussé en dehors et écarté de l'épine iliaque antéro-supérieure et de la symphyse pubienne d'environ un centimètre et demi.

Si l'injection est faite avec un liquide solidifiable, analogue au mastic employé pour les fines injections vasculaires, on trouve la tête et le col du fémur entourés d'une couche continue mais inégale. Lors même que l'injection a été peu considérable, la tête ne repose en aucun point sur le bourrelet cotyloïdien, dont elle est éloignée en dedans et en bas de 1 centimètre, en haut et en arrière de 5 millimètres.

Le fond de la cavité est occupé par une sorte de godet dont la plus grande épaisseur correspond au milieu et mesure 16 à 18 millimètres. La coupe de la masse injectée a la forme d'un croissant dont les extrémités tronquées se continuent avec la matière à injection qui environne la tête en dehors du bourrelet cotyloïdien. La tête du fémur est presque entièrement chassée de la cavité et séparée de la capsule articulaire par une mince couche de substance injectée.

Ainsi est entièrement ruinée par ces expériences l'hypothèse de Boyer, édifiée d'ailleurs sans aucune preuve ; la théorie de J.-L. Petit est, au contraire, confirmée et vérifiée par les résultats de Parise.

C'est qu'en effet, l'interposition d'un liquide entre le fond du cotyle et la tête fémorale allonge les ligaments et supprime l'effet de la pression atmosphérique ; l'union articu-

laire est par suite affaiblie. la tête s'éloigne du fond de la cavité cotyloïde, elle affleure au rebord du bourrelet cotyloïdien, et la moindre cause occasionnelle, un mouvemen d'adduction ou d'abduction, la luxera.

Le liquide joue le rôle de cause simplement prédisposante et non efficiente : il amène la tête à la limite de distension articulaire, laissant à une des mille causes extérieures le soin de la chasser définitivement de son domicile.

II. — Théorie de la prolifération du cotyle

La théorie de J.-L. Petit explique les luxations spontanées dans le cas, le plus commun il est vrai, où il y a primitivement hydarthrose. L'accumulation du liquide n'étant cependant pas constante, il faut bien chercher à expliquer par une autre raison le mécanisme de l'affection. Supposons qu'au lieu de voir s'épancher dans l'article un liquide qui le distendra, nous nous trouvions en présence d'une prolifération née dans le cotyle lui-même ou venue des parties voisines. La tête, par un mécanisme analogue à celui de l'accumulation du liquide, tendra à s'échapper de la cavité articulaire.

C'est ainsi que, dans un cas d'arthrite puerpérale de la hanche, Bonnet a trouvé la cavité cotyloïde en partie remplie d'une masse fongeuse ayant soulevé la tête fémorale. Dans l'un des faits rapportés par Lücke, la cavité cotyloïde était remplie de fongosités et des restes proliférés de la capsule articulaire ; dans l'autre cas du même chirurgien, c'était à une masse conjonctive que l'on avait affaire, ainsi que dans un cas de luxation post-typhique signalé par Kummer.

Etant constatée d'une façon indéniable l'existence de masses végétantes dans l'intérieur de l'article, il reste à établir à quel moment est apparue cette prolifération anor-

male ; est-ce avant ou après la luxation, en un mot est-elle cause ou effet ? Il est actuellement impossible de formuler à ce sujet une opinion reposant sur des faits absolument irréfutables. Dans le cas de Lücke et de Kummer, il semble infiniment probable, de l'avis même des deux auteurs, que la prolifération est survenue postérieurement à la luxation.

D'ailleurs, en procédant par analogie, on constate dans les luxations congénitales de la hanche une masse de tissu conjonctif comblant l'acetabulum. Or, personne ne songe à chercher dans ces productions conjonctives la cause première des luxations congénitales ; en admettant, du reste, que le tissu néoformé puisse repousser la tête fémorale et l'éloigner du fond de l'article, il n'arrivera jamais à la luxer ; tout au plus l'élèvera-t-il jusqu'au niveau du bourrelet cotyloïdien. Pour chasser la tête il faut encore que survienne et entre en jeu la cause externe, le traumatisme, la contraction musculaire qui terminera ce qu'avait commencé la prolifération cellulaire.

III. — Théorie musculaire.

Nous avons rappelé, en étudiant l'anatomie normale de l'articulation coxo-fémorale, l'importance du groupe musculaire pelvi-trochantérien comme moyen de contention des surfaces articulaires.

D'autre part, le rôle des muscles dans l'histoire de la luxation pathologique, indiqué par J.-L. Petit et reconnu comme cause active bien que secondaire par la plupart des chirurgiens (Boyer, Parise etc.), a été développé longuement par Bonnet. Plus récemment, Verneuil a insisté de nouveau sur cet agent actif et lui a assigné dans la pathogénie de l'affection un rôle prépondérant.

Les muscles périarticulaires sont différemment impressionnés par l'arthrite voisine. Les uns sont parésiés, les autres contractés. Selon l'expression de J. Hunter, « la sympathie des muscles avec l'article malade » va dès le début des lésions articulaires mettre l'articulation en position « de repos », maintenir les surfaces immobiles, placer les segments osseux en posture intermédiaire et éviter ainsi la douleur. Cet état musculaire ne persiste pas longtemps et se modifie si l'arthrite se prolonge. Les extenseurs se parésient, les fléchisseurs se contractent de plus en plus et bientôt agissent seuls.

La localisation de la parésie au groupe extenseur est presque constante. Pourquoi ? Pozzi hasarde une explication basée sur une loi d'anatomie pathologique — la dégénérescence frappe les muscles proportionnellement à leur activité — et dit que le « triceps est plus atteint parce qu'il fonctionne davantage ». Il paraît plus probable d'admettre une relation entre les cellules d'origine des nerfs centripètes articulaires et les cellules d'origine des nerfs moteurs et trophiques des muscles extenseurs (Forgue et Maubrac).

En même temps, le groupe antagoniste se contracte et grâce à la parésie des extenseurs place le membre dans la position d'influence maximum, en ce qui concerne son action. L'effort des fléchisseurs n'est plus contrebalancé, et le groupe contracté arrive bientôt à une période de contraction continue, s'altère dans sa structure intime et aboutit à la contracture définitive. Les deux processus inverses — contracture et parésie — sont réalisés.

Telles sont les trois théories principales auxquelles peuvent se ramener les nombreuses hypothèses émises, pour expliquer la pathogénie de la luxation spontanée. A laquelle devons-nous nous arrêter ?

J-L. Petit et Verneuil sont tombés dans un exclusivisme

trop absolu en ne voulant reconnaître qu'une seule cause à un phénomène secondaire à des influences multiples. Ici comme dans tant de questions de pathogénie si souvent obscures, nous croyons que le plus sage est de rester éclectique. Les cas typiques sont trop peu nombreux, quelle que soit la théorie qu'ils vérifient, pour en admettre une en rejetant systématiquement les autres. On ne peut nier le rôle joué par l'hydarthrose : les expériences de Parise l'imposent. D'autre part la présence de masses néoformées dans l'intérieur de l'article a une influence indiscutable. Enfin, l'attitude vicieuse, l'action musculaire est notoire.

L'hydarthrose, nous l'avons vu précédemment, ne peut en aucun cas luxer la tête fémorale. Elle la soulèvera, elle éloignera l'une de l'autre les surfaces articulaires, elle amènera le fémur à la limite du bourrelet cotyloïdien et préparera les voies en distendant et en relâchant les ligaments articulaires. Distendant l'article, elle le rendra douloureux ; les muscles entreront alors en jeu et naturellement amèneront le membre, à la position de repos, en flexion. Bientôt les extenseurs seront parésiés, les fléchisseurs se contractureront, et cette contraction musculaire mettra le membre en adduction. Le rôle important de la contracture des adducteurs et des fléchisseurs se voit surtout bien dans les paralysies infantiles qui portent sur les muscles fessiers et sur les muscles longs qui s'attachent à la tubérosité de l'ischion. A la longue, la position de la tête fémorale sur la partie postérieure du rebord cotyloïdien détermine une migration articulaire dans le sens postéro-supérieur et parfois de véritables luxations.

En résumé, nous dirons avec Reclus : « lorsque le hasard réunit au niveau d'une même jointure : 1° une attitude vicieuse qui favorise l'action d'un certain groupe musculaire ;

2° l'atrophie ou la paralysie du groupe musculaire antagoniste ; 3° La perte des résistances des ligaments, il y a chance de voir se produire un déplacement dont la rareté relative s'explique d'ailleurs par la multiplicité des conditions pathologiques nécessaires. »

ETIOLOGIE

Kummer a dressé la statistique des maladies ayant précédé la luxation pathologique de la hanche. La voici :

Fièvre typhoïde	28 cas
Rhumatisme articulaire	18 —
Scarlatine	4 —
Variole	3 —
Gonorrhée	1 —
Fièvre éruptive (rhumatisme infectieux)	1 —
Empyème du genou	1 —

En recherchant, dans les différents auteurs, les cas de luxations spontanées de la hanche, nous avons réuni 84 cas y compris nos trois observations inédites se répartissant comme il suit :

Fièvre typhoïde	33 cas	
Polyarthrite rhumatismale	23 —	
Pneumonie	1 —	(Tédenat)
Scarlatine	11 —	
Septicémie puerpérale	1 —	(Tédenat)
Variole	3 —	
Blennorragie	2 —	(Tédenat)
Rhumatisme infectieux	1 —	
Empyème du genou	1 —	
Influenza	2 —	
Erysipèle	1 —	
Bacillose articulaire au début	5 —	
TOTAL	84 cas	

Sur ces 84 cas, nous en avons particulièrement noté 20 où la luxation était apparue subitement ; ce sont ces 20

observations de luxations spontanées aiguës du fémur qui nous intéressent le plus ; aussi les citerons-nous pour la plupart.

Nous diviserons les causes en prédisposantes et déterminantes ; les causes prédisposantes se divisent elles-mêmes en deux variétés : 1° Les causes d'ordre général autrement dit les maladies au cours desquelles la luxation apparaît comme épiphénomène ; 2° les causes d'ordre local, causes prédisposantes pathogéniques que nous avons étudiées en détail au chapitre précédent.

Les causes prédisposantes d'ordre général se bornent à l'énumération des maladies générales au cours desquelles la luxation spontanée est signalée. Les tableaux que nous avons donnés ci dessus sont suffisamment explicites à cet égard

Quant au processus par lequel ces maladies générales créent cet état particulier des articulations amenant la tête fémorale à la limite de la luxation sans l'y précipiter, il est assez difficile de l'établir, et la question est loin d'être mise au point.

A-t-on affaire à une invasion de la synoviale par le microbe spécifique de ces diverses maladies ou à une infection absolument différente due à un streptocoque (Volkmann, Krause) ou encore à une association microbienne.

Et même les microbes agissent-ils toujours eux-mêmes sur l'article et n'est-ce pas un effet de leurs toxines que ces proliférations signalées dans le fond du cotyle ? Le liquide recueilli par Kummer dans une ponction exploratrice fut reconnu stérile par le professeur Tavel, de Berne. Et cependant, ce liquide avait agi sur l'articulation d'une tout autre façon qu'un simple agent mécanique, puisque l'on y trouvait de nombreuses lésions inflammatoires et de dégénérescence.

Dans un autre ordre d'idées, on sait quelle influence trophique exerçent sur les muscles certaines maladies géné-

rales, la typhoïde, par exemple, qui peut laisser après elle la myosite typhique capable de compromettre singulièrement la contractilité sans cependant aller jusqu'à la parésie.

Enfin la position du membre, le décubitus vicieux prolongé, favorisent la production de la luxation, soit en distendant la capsule (Kendal Franks), soit en basculant le segment osseux. Dans ses leçons cliniques, le professeur Valette de Lyon a insisté sur ce fait que, dans les coxites chroniques, on pouvait longtemps changer la position du membre en faisant varier le décubitus.

Le sexe n'a pas grande influence ; l'affection frappe à peu près également hommes et femmes.

Les sujets sont le plus souvent des enfants ou des adolescents ; on la rencontre néanmoins chez l'adulte de 30 à 40 ans.

Une fois l'articulation préparée ainsi à être luxée, une cause souvent minime suffira à déplacer l'os C'est cette cause déterminante qu'il nous reste à étudier.

Ce sera :

a) *Un traumatisme léger.* — Un mouvement passif un peu brusque, tel qu'un choc contre un meuble, le heurt d'une autre personne, etc.

b) *Un mouvement physiologique.* — Une promenade, un faux pas, un mouvement brusque d'adduction.

c) *La contraction musculaire.*— Quelquefois brusque et on cite le cas d'un typhoïsant au décours de sa maladie, chez qui une attaque de convulsions amena une luxation ovalaire : le plus souvent, la contraction sera lente mais progressive.

En résumé, la véritable étiologie de la luxation spontanée est donc la même que celle de la luxation traumatique : la violence extérieure. La seule différence réside dans le degré du traumatisme et dans le fait que la luxation consécutive a été préparée par une arthrite antérieure.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous avons essayé d'établir jusqu'à présent que les luxations spontanées étaient toujours secondaires à une arthrite préexistante. Elles ne se produisent que dans une articulation « préparée ». Or, cette préparation exige un certain temps pour s'accomplir, et c'est grâce à cette lenteur du processus morbide qu'on peut constater dans certains cas l'intégralité des ligaments et de la capsule.

Nous étudierons donc :

1° Une période prémonitoire ;

2° Une période d'état.

I. — Période prémonitoire « de préparation »

Elle est variable ; souvent elle est occupée par le cours ordinaire de l'affection causale ; puis, au moment de la convalescence, la luxation se produit et coïncide quelquefois avec la brusque chute de la température. Pendant cette période, les signes généraux sont ceux de la maladie occasionnelle. Les symptômes locaux se présenteront sous deux aspects bien différents. Ou bien il y aura des manifestations évidentes d'arthrite ; la région de la hanche se tuméfiera, les douleurs apparaîtront d'abord uniquement à l'occasion de mouvements, puis, spontanément le membre se mettra en attitude vicieuse, les axes des deux segments osseux fai-

sant entre eux un angle variable. Sous l'influence d'une cause quelconque, la luxation sera réalisée. Ou bien la période de préparation passera absolument inaperçue, le malade éprouvera simplement un peu de gêne ou une sensation pénible en marchant, et lorsque la luxation se produira, des douleurs, parfois très vives, s'éveilleront dans la hanche atteinte.

Ce ne sont pas là, bien entendu, des règles immuables, et tous les intermédiaires peuvent se rencontrer entre ces deux tableaux extrêmes.

II. — Période d'état

Quelquefois, l'apparition de la luxation coïncide avec la disparition de la douleur ; c'est le contraire qui s'observe le plus souvent.

A la période d'état, les signes de la luxation spontanée sont les mêmes que ceux de la luxation traumatique. Le triangle de Scarpa présente une dépression. Le grand trochanter fait saillie et s'élève de 2 à 3 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton. Il est quelquefois possible de sentir le relief de la tête fémorale dans la fosse iliaque externe et de la faire rouler sous les doigts.

La radiographie affirme l'intégrité des contours et de la forme de la tête du fémur.

Quant à la position du membre, il est en flexion, adduction et rotation interne.

Dans quelques cas rares, la luxation peut être sus-cotyloïdienne, le membre restant en flexion légère sans abduction ou adduction ni rotation. Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de ce genre (salle Bouisson, service Tédenat, mais il s'agissait d'une luxation chez un coxalgique depuis longtemps malade.

Observation II

(résumée)

Baur, *in* Jeschinsky, thèse, Halle, 1809. Thèse Giesen 1856.

B... croit avoir eu affaire à une coxalgie ; il est cependant bon de faire remarquer qu'il s'agissait d'un enfant de 6 ans qui, ayant eu une fièvre typhoïde, présenta les symptômes d'une anomalie de position de la jambe. Sept ans plus tard, sous le coup d'une attaque convulsive, une luxation ovalaire s'établit nettement. L'articulation ne présentait pas de suppuration. La réduction de la tête fémorale réussit du premier coup. La cavité cotyloïde parut être parfaitement normale.

Remarquons ici qu'il s'agit bien d'une luxation à prodromes silencieux, à début brusque, la période d'état étant la manifestation première de la lésion. C'est donc une luxation spontanée aiguë de la hanche. Nous ne citerons d'ailleurs pas les cas à début insidieux, qui ne rentrent pas exactement dans notre sujet.

Observation III

Delens, *in* Champenois Bull. et mém. de la Société de Chirurgie Paris 7 novembre 1883, p. 801

Dans le courant de juillet 1879, je fus appelé à voir le jeune L..., âgé de 10 ans, à peine convalescent d'une fièvre typhoïde grave, qui avait été soigné par M. le Dr Boucher. Outre de nombreuses ulcérations cutanées existant en différents points du corps, je constatai une luxation de la tête du fémur droit dans la fosse iliaque. Elle s'était produite spontanément, quelque temps auparavant,

au moment où les accidents généraux de la typhoïde étaient les plus graves et sans qu'on eût noté l'instant précis du déplacement ni qu'aucune cause occasionnelle pût l'expliquer.

L'affaiblissement profond du jeune garçon et l'obligation de renouveler journellement les pansements des eschares, empêchèrent de procéder immédiatement à la réduction de la luxation. Celle-ci fut opérée sous le chloroforme le 5 août, avec l'assistance du Dr Boucher, et un appareil silicaté ouaté fut appliqué pour maintenir le membre dans une bonne position; néanmoins, au bout de quelque temps, je constatai que la luxation se reproduisait. L'extension continue avec un lien de caoutchouc ayant été insuffisante pour ramener la tête dans la cavité, au commencement du mois d'octobre je la réduisis de nouveau sous le chloroforme et appliquai cette fois, à l'hôpital, un appareil plus exactement compressif. A partir de ce moment, la luxation resta réduite. Bientôt la marche fut possible avec des béquilles, puis avec une canne et enfin sans soutien dès les premiers mois de 1880. Depuis, je n'ai eu qu'indirectement des nouvelles de cet enfant; il paraît avoir recouvré complètement l'usage de son membre.

Observation IV

Delens, *in* Champenois. S. c. bull. mém. de la Soc. de Chir. Paris 1882

Le second cas que j'ai eu l'occasion d'observer est relatif à un jeune homme de 16 ans, Louis K..., entré le 20 décembre 1880 à l'hôpital Tenon; six mois auparavant, il avait reçu à la région occipitale un coup d'une cisaille très lourde. A la suite de cet accident, des phénomènes généraux graves

probablement de nature méningitique, éclatèrent. Cependant le médecin qui soignait le jeune homme en ville crut à une fièvre typhoïde. Toujours est-il qu'au bout de trois mois, un matin où le sujet sortait du lit, il se produisit spontanément une luxation de la cuisse droite dans la fosse iliaque.

A l'entrée du malade à l'hôpital, il y avait encore à la région occipitale une suppuration abondante avec décollement de la peau.

L'état général était peu satisfaisant, la température montait le soir à 40°. Le 28 décembre, l'état général s'était amélioré, je pus réduire la luxation de la hanche et placer le membre dans un appareil inamovible silicaté comprenant le bassin. La luxation resta réduite, et, le 7 février, l'appareil put être retiré. L'attitude du membre était bonne malgré un certain degré de rotation du pied en dehors Le malade fut maintenu dans une gouttière de Bonnet à partir de ce jour. Malheureusement, à la fin de février, il fut pris de variole et dut être transporté dans le service des varioleux. Depuis, je n'ai pas eu de ses nouvelles.

Observation V

Gilbert. — *In* Ruch, *loc. cit.*

Une jeune fille de onze ans ressent subitement des douleurs dans la hanche droite; amélioration après quelques jours. Les mêmes douleurs surgissent alors à la hanche gauche. Une amélioration étant survenue et la malade ayant quitté le lit, elle ressent après une assez longue promenade une douleur extrêmement violente à la hanche gauche ; ne pouvant plus faire un pas, elle est transportée à l'hôpital. On y constata une luxation. Manœuvres de réduction en narcose;

au moment de la rentrée de la tête, on perçut un craquement caractéristique ; la jambe eut ensuite la même longueur que l'autre et tous les mouvements furent possibles. Au bout de quelques semaines, la malade fut complètement rétablie.

Observation VI

(Résumée)

Karewsky. — Centralblatt für Chirurgie, 1892, 9. 335.

Femme de 41 ans, atteinte de gonorrhée, ressent subitement des douleurs à la hanche. Immobilisation, extension, amélioration ; au bout de 4 mois, la malade peut marcher à l'aide de béquilles. Au moment où Karewsky vit la malade, il s'agissait d'une luxation de la hanche irréductible. Résection, guérison. A la tête, on remarque un sillon produit probablement par la pression du sourcil cotyloïdien.

D'après Karewsky, il paraissait probable que la tête n'avait quitté la cavité cotyloïde qu'au moment de la marche.

Observation VII

E. Kummer. — *In* Revue de chirurgie 1898, page 535.

Mlle A..., 10 ans, nous est amenée au mois de janvier 1890, pour une claudication très prononcée. Voici quelques renseignements sur les antécédents morbides : à l'exception de la rougeole, dont elle se rétablit du reste parfaitement, l'enfant se porte bien jusqu'au mois de février 1886. A cette époque, fièvre typhoïde grave et prolongée, semble-t-il ; pendant la convalescence la marche aurait d'abord été normale ; puis, au mois de mai 1886, les parents, ayant remarqué la boiterie, gardent l'enfant au lit pendant 14 jours. Elle

reprend ensuite la marche et boîte peu ou pas. Au mois de septembre de la même année, subitement mais *sans cause apparente*, elle boîte de nouveau, cette fois très fort, et la marche devient impossible. A partir de ce moment, la fillette est promenée en voiture pendant 16 mois environ ; elle recommence alors à marcher en boîtant très fort, mais avec tendance à l'amélioration.

Etat le 10 janvier 1890. Jeune fille d'ailleurs bien conformée, mais présentant une forte adduction de la cuisse gauche, de 45° environ. Ni rotation, ni flexion. En mesurant depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à la pointe de la malléole externe, on constate un raccourcissement d'environ 4 centimètres 1/2 à 5 centimètres de la jambe gauche. La pointe du grand trochanter gauche se trouve à 4 centimètres environ au-dessus de la ligne de Roser-Nélaton. A la suite de l'adduction du fémur gauche, il existe une élévation du côté correspondant du bassin, si bien que le raccourcissement apparent du membre inférieur gauche est de 8 centimètres environ ; au-dessus et en arrière de la pointe du grand trochanter, on constate une résistance dure, arrondie, qui correspond à la tête fémorale déplacée dans la fosse iliaque externe ; la tête suit les mouvements du fémur. La capsule articulaire paraît absolument normale, scoliose statique à convexité lombaire à droite et consécutive à la longueur inégale des jambes. A la marche, la malade touche terre avec la pointe du pied gauche seulement.

Tentatives de réduction en narcose sous le chloroforme le 13 janvier 1890. Flexion, rotation en dehors et abduction. Sous l'influence de ces manœuvres, la tête change de place en glissant en bas ; mais dès que l'on fait l'extension du membre, elle remonte à son ancienne place. Au moment d'une rotation en dehors en abduction, il se produit subitement une crépitation osseuse et toute résistance du membre a dis-

paru ; une fracture s'est produite au-dessous du grand trochanter. Le plan de fracture est oblique, allant de haut en bas et d'avant en arrière. Le traitement consiste en l'application d'un appareil plâtré en extension et abduction. Au bout de six semaines, la consolidation de la fracture étant terminée, la malade recommence à marcher.

Résultat définitif. — Nous avons revu l'enfant 4 mois plus tard. Elle marchait alors sans canne et sans se fatiguer beaucoup. Grâce à l'abduction, la jambe malade ne présente que 4 centimètres de raccourcissement au lieu de 8 centimètres avant le traitement.

Observation VIII

(Résumée)

Rugh. — *Loc. cit.*

Jeune homme 17 ans, antérieurement bien portant, issu d'une famille bien portante, souffre d'un rhumatisme articulaire à l'automne de 1891, particulièrement au genou gauche. Au mois de janvier 1892, nouvelle attaque de rhumatisme au genou et à la hanche gauche. Pendant la convalescence, lorsqu'il avait déjà quitté le lit depuis quelque temps, le malade, en poussant un chariot, sentit subitement un clapotement au niveau de la hanche gauche. Il tomba par terre et ne put plus se relever : douleurs violentes dans toute la cuisse gauche. Le médecin constata une forte fluxion du genou et conseilla le repos au lit. Au bout de 4 semaines, le malade s'étant levé, son entourage fut frappé de sa démarche singulière. On constata alors une luxation de la hanche en avant et en bas, rotation de la jambe en dehors et allongement de quatre centimètres. Le lendemain, en narcose, réduction de la cuisse sans difficulté. Malgré

les recommandations du médecin, le malade se lève au bout de huit jours ; il boite et constate que sa jambe est trop courte.

Le malade entre alors à la clinique chirurgicale de Strasbourg. On constate que la région coxo-fémorale est très gonflée et très douloureuse. La cuisse est fléchie sur le bassin et en rotation interne légère. En narcose, il fut possible de ramener la tête du fémur au voisinage de la cavité cotyloïde. Mais malgré les tentatives réitérées, la réduction inévitable de la tête ne réussit pas.

Résection immédiate de la tête du fémur au niveau du col. La cavité cotyloïde contient une petite quantité de sérosité et se trouve remplie de fongosités et des restes proliférés de la capsule articulaire. On évacue ces masses. Les ligaments sont manifestement distendus. Aucune altération des parties osseuses. Pansement antiseptique et extension du membre avec un poids de 5 kilos en adduction forcée. Guérison sans incidents. En cinq ou six semaines, le malade commence à marcher. Six mois après l'opération, on constate un raccourcissement de six centimètres, de l'atrophie de la cuisse et un peu de rotation en dehors. Le malade est satisfait du résultat ; il peut marcher sans canne et sans boiter beaucoup. Il se sert d'une chaussure à semelle rehaussée de 2 centimètres. Le reste du raccourcissement est compensé par un abaissement du bassin du côté correspondant.

Observation IX

Schotten, *in* Louis Jeschinsky (Chir. inaug. dissert. Halle, (1869)

Un malade de deux ans. Luxation spontanée survenue après une fièvre typhoïde et produite à diverses reprises par des causes antérieures insignifiantes. Pour parer aux réci-

dives, extension et application d'un vésicatoire derrière l'articulation. Guérison définitive après 4 mois.

Ruch (loc. cit.).—Cette luxation s'est manifestée brusquement au moment où la garde souleva l'enfant, après avoir passé un bras sous la nuque, l'autre sous les cuisses.

Observation X

(Résumée)

Verneuil. — Bull. et mém. de la Soc. de chir. Paris, 31 oct. 1883, p. 784

En 1846, Verneuil observait, à Saint-Antoine, un garçon de 17 ans, atteint de rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec hanche gauche particulièrement douloureuse. On traita le rhumatisme sans s'occuper de l'attitude vicieuse.

Un matin, le malade annonça un grand soulagement survenu dans la hanche affectée. On constata, sans la traiter, une luxation iliaque du fémur.

Observation XI

Volkmann, *in* Jeschinsky, l. c., p. 35

Un propriétaire âgé de cinquante ans fut pris d'un rhumatisme articulaire aigu, le 18 juillet 1867. Gonflement des articulations des deux membres abdominaux. Toutes ces articulations furent libres au bout de trois à quatre semaines, l'articulation coxo-fémorale droite seule demeura douloureuse et immobile et présenta une flexion exagérée. Le malade quitta néanmoins le lit et commença à marcher avec deux cannes. Au 15 août, en marchant avec ses béquilles, le malade heurta légèrement la jambe malade contre une porte ; douleurs intenses de la hanche droite ; la pointe du pied, dirigée en avant jusqu'ici, se tourna forte-

ment en dedans, et la flexion de la hanche s'accentua nettement. Le malade fut obligé de s'aliter et endura les semaines suivantes de fortes douleurs dans la hanche droite. Volkmann reconnut l'existence d'une luxation ischiatique et constata ce qui suit : flexion de la cuisse à 90°, forte adduction, rotation interne extrême et élévation du bassin du côté malade. La pointe du grand trochanter se trouve à un pouce au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser, la tête articulaire dans la région ischiatique, mobile. Narcose au chloroforme, flexion interne, adduction, ensuite abduction, rotation en dehors.

La réduction réussit au second essai. On n'entendit ni clapotement, ni crépitation.

Le membre paraît complètement normal après la réduction. Extension de la jambe, qui ne fut pas autrement fixée. Reluxation après trois jours. Nouvelle réduction sans difficulté. Application d'un pansement plâtré; après deux mois l'on fait marcher le malade dans un tuteur embrassant le bassin et la cuisse avec une attelle extérieure sur la cuisse. Au bout de quatre mois environ, le malade quitte son appareil et marche d'abord avec, plus tard sans canne et sans boiterie appréciable.

Une année plus tard, on constate encore des symptômes d'inflammation chronique à la hanche et un peu de douleur à la pression. Raccourcissement apparent de 3/4 de pouce et provenant uniquement d'une élévation de ce côté du bassin. La flexion n'est possible qu'à 130°, 140°. Extension parfaite. Le malade peut marcher une demi-heure sans canne et s'occupe à la campagne souvent plusieurs heures de suite. En se fatiguant, il sent des douleurs lancinantes à la hanche. On lui conseille des bains avec mouvements passifs.

Observation XII

Stanley — *in* Forgue et Maubrac, p. 82

Femme de 32 ans, avait un rhumatisme de l'épaule gauche et de la hanche droite très douloureux. Après dix semaines de séjour au lit, elle voulut se lever et constata une luxation de la jambe droite, sur le mécanisme et sur l'époque de laquelle la malade ne put donner aucun renseignement.

Observation XIII [1]

Kirmisson (Rapporteur Berger).

Fillette de douze ans, atteinte depuis quatre mois d'une coxalgie droite avec flexion forcée, adduction, douleurs vives ne permettant aucun examen. Celui-ci, fait sous le chloroforme, démontre l'existence d'une luxation de la tête fémorale dans la fosse iliaque externe; cette luxation est réduite séance tenante. Consécutivement, il se produit un abcès qui guérit par la ponction et l'injection d'éther iodoformé. La guérison se maintient sans déformation ni attitude vicieuse, mais avec une raideur de la hanche.

Observation XIV [2]

Kirmisson (résumée).

Une jeune fille de quatorze ans, soignée antérieurement pour une arthrite tuberculeuse du genou, est prise de phéno-

[1] Kirmisson. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1900.

[2] *Idem*.

mènes de coxalgie du côté droit. Deux mois après le début, la malade étant soumise à l'extension continue et au séjour au lit, le membre se déforma brusquement et tous les signes d'une luxation coxo-fémorale apparurent. La réduction fut opérée sous le chloroforme; le déplacement ne se reproduisit plus.

Observation XV [1]

Kirmisson (résumée).

Un petit garçon de six ans, déjà soigné par M. Kirmisson pour une coxalgie droite et portant encore l'appareil plâtré destiné à la contenir, est pris en janvier 1898 de douleurs vives dans la hanche gauche que l'on considère comme des douleurs rhumatismales. Un mois après, M. Kirmisson revoit l'enfant, constate l'existence d'une luxation dans la fosse iliaque externe et en pratique la réduction sous le chloroforme. Plus tard, apparut un abcès qui fut traité par la ponction et l'injection d'éther iodoformé et qui n'empêcha pas la réduction de se maintenir.

Observation XVI [2]

Kirmisson (résumée).

Une petite fille de onze ans, née de mère tuberculeuse, fait, en août 1898, une chute les cuisses écartées; depuis lors jusqu'en octobre, elle continue à marcher en boîtant. En octobre, subitement, en se levant, elle ne peut poser le pied par terre et est forcée de garder le lit, où elle est tour-

[1] Kirmisson.— Bulletin de l'Académie de Médecine, 1900.
[2] *Idem.*

mentée par des douleurs incessantes et atroces dans la hanche gauche. L'attitude est celle de la luxation de la tête fémorale dans la fosse iliaque externe, et c'est la lésion dont M. Kirmisson constate l'existence et pratique la réduction dans l'anesthésie chloroformique, réduction qui est aussitôt suivie de la disparition des douleurs. La réduction s'est maintenue et la malade a guéri.

Observation XVII [1]

Kirmisson (résumée).

Un garçon de six ans, qui souffrait depuis quelque temps du genou gauche, commence à boiter et à souffrir de la hanche gauche vers la fin de janvier. Le 13 février, sa mère, en voulant le faire lever, constate une flexion énorme de la cuisse gauche; le petit malade ne peut poser le pied par terre. Il est apporté le 16 à l'hôpital, où M. Kirmisson constate tous les signes d'une luxation coxo-fémorale gauche dans la fosse iliaque externe, luxation dont la radiographie confirme l'existence. Réduction très facile avec anesthésie; le petit malade était encore en traitement au moment où M. Kirmisson communiquait ce travail.

Observation XVIII

(Professeur Tédenat)

Septicémie puerpérale. — Abcès multiples. — Luxation du fémur droit. — Disjonction des trois pièces constituant la cavité cotyloïde.

Julie C..., 18 ans, entre à la maternité de Lyon le 10 février 1877 en travail d'accouchement et gravement infectée. Malgré les irrigations intra-utérines faites 3 fois par jour,

[1] Kirmisson — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1900.

les accidents continuent. Abcès multiples des membres. Le 19 février, en se déplaçant dans son lit, douleur vive dans la hanche droite, où une luxation postérieure est facile à reconnaître. La malade succomba le 28 février.

Autopsie : Œdème inflammatoire sans pus autour de l'articulation. Capsule ramollie, rougeâtre. Tête du fémur déplacée en arrière de la cotyloïde, ligament rond friable, traversé de stries purulentes et de points hémorragiques. Les soudures en Y sont relâchées, mobiles et infiltrées de pus.

Abcès multiples du foie et des poumons avec nombreux infarctus hémorragiques.

Observation XIX

(Professeur Tédenat).

Pneumonie aiguë. — Luxation iliaque du fémur gauche. — Tuméfaction de la partie supérieure du fémur.

Homme de 25 ans sans antécédents pathologiques notables.

Au dixième jour d'une pneumonie grave en résolution, en se levant pour aller à la selle, le malade éprouve une vive douleur brusque dans sa hanche gauche, endolorie depuis trois ou quatre jours. Il a l'impression de « s'être cassé quelque chose ». Le docteur Teissonnière, appelé en toute hâte, constate que le membre est raccourci et en adduction. M. Tédenat voit le malade quatre jours après (11 mai 1893) ; tuméfaction modérée permettant de sentir la tête déplacée en haut et en arrière. Luxation iliaque nette. Le malade souffre peu et est sans fièvre. La réduction, après anesthésie chloroformique, est pratiquée sans grande difficulté par M. Tédenat, par les manœuvres de douceur. Le membre est mis en adduction et rotation externe légère ; il était maintenu par une traction de 4 kilog., pendant six jours. Huit jours

plus tard, l'articulation était presque indolore et le docteur Teissonnière put commencer quelques légers mouvements.

La tuméfaction de la partie supérieure du fémur disparaît lentement en cinq ou six semaines. La guérison était complète avec mouvements normaux deux mois après l'accident de luxation.

Observation XX

(Inédite)

Service de M. le Professeur Tédenat — Recueillie par M. Soubeyran, chef de clinique

Luxation spontanée, aiguë ; iliaque de la hanche droite

T.... M. L...., 19 ans, entrée le 9 mai, salle Desault n° 28, dans le service de M. le professeur Tédenat pour une affection de la hanche droite.

Passé clinique. — Les antécédents héréditaires ne fournissent aucun renseignement intéressant : père mort de maladie aiguë à 35 ans, mère bien portante. La malade est une fille brune, assez bien constituée, n'ayant jamais été malade.

Elle a été réglée à 13 ans ; mais les époques menstruelles, toujours irrégulières, manquent souvent ; elle perd pendant 2, 3 jours assez abondamment et sans douleurs.

Les premiers rapports sexuels remontent à l'âge de 18 ans; elle eut à leur occasion des douleurs à la miction et des pertes blanches abondantes (blennorragie génitale). Elle n'a cependant pas souffert du ventre. La malade devint enceinte et accoucha, un mois avant terme, d'un enfant de 7 mois qui n'a pas vécu. L'accouchement a eu lieu il y a 8 mois.

Deux jours avant son accouchement, la malade ressentit, dans la hanche droite et sans avoir subi aucun traumatisme, des douleurs assez vives, mais elle marchait sans claudica-

tion. Elle accouche assez facilement, sans intervention, et se lève le quatrième jour ; elle s'aperçoit alors qu'il lui est impossiblé de marcher, de mouvoir sa hanche droite et que son membre inférieur droit s'est raccourci ; son ventre est devenu douloureux, tendu, elle a de la céphalée, de la fièvre, et présente les symptômes de l'infection puerpérale.

Elle se remet aussitôt au lit ; depuis lors ne s'est pas levée. La hanche n'a à aucun moment subi de gonflement notable.

Un mois après son accouchement, le genou gauche devint tuméfié et douloureux, le genou droit se prit ensuite, ainsi que le poignet gauche.

Examen clinique. — Actuellement, le genou droit et le poignet gauche ne présentent aucune trace d'inflammation ; le genou gauche est encore un peu tuméfié, douloureux et en demi-flexion.

Le membre inférieur droit est en flexion légère, adduction, rotation interne.

Il présente à la vue un raccourcissement notable qui, mesuré, atteint 4 centimètres.

La hanche droite est élargie ; le bassin paraît normal, les épines iliaques antéro supérieures sont au même niveau.

Le bord supérieur du grand trochanter est remonté au-dessus de la ligne de Nélaton, il dépasse l'épine iliaque antéro-supérieure droite de 1 centimètre et demi ; il n'est pas douloureux à la pression.

Au contraire, la pression exercée au milieu de l'arcade crurale réveille de la douleur ; les ganglions inguinaux ne sont pas volumineux.

Les mouvements de l'articulation sont indolores mais limités. Dans l'abduction, la cuisse décrit à peine un angle de 7 à 8 degrés ; la flexion s'exécute aux deux tiers ; la position d'adduction, où se trouve le membre, peut s'exagérer facilement.

Les mouvements de rotation du membre inférieur se font facilement, et la main sent très bien rouler la tête fémorale dans la fosse iliaque externe, au voisinage de l'échancrure sciatique. Il existe une atrophie musculaire notable de la cuisse et du mollet droits.

La malade ne tousse pas. Au sommet gauche, il existe un peu de rudesse inspiratoire.

Une radiographie faite par M. le Pr Imbert vient confirmer les données de la clinique. Les surfaces articulaires ne présentent pas de déformation.

Diagnostic. — Il s'agit donc bien d'une luxation iliaque spontanée aiguë de la tête fémorale; quelle peut bien en être la cause ?

Les luxations congénitales ou traumatiques devant être écartées, s'agit-il d'une luxation par arthrite aiguë accompagnée d'hydarthrose, due à une infection streptococcique, gonococcique, ou bien à une luxation survenue au début d'une coxalgie ?

La malade ayant commencé à souffrir avant son accouchement, cela écarte pour nous l'idée d'infection puerpérale, la luxation paraissant au surplus contemporaine de l'accouchement.

Chez notre malade, la luxation est constituée depuis huit mois, et il y a encore de la douleur à la pression de la région du cotyle, parce qu'il existe à ce niveau un travail inflammatoire chronique ayant succédé à une arthrite aiguë, avec distension probable de la synoviale par du liquide. Au cours de cette arthrite, un mouvement, peut-être même l'accouchement, aurait produit la luxation. La coxalgie aussi bien que la blennorragie peuvent être mises en cause. L'invasion successive de plusieurs articulations, paraissant autrefois être contraire à l'hypothèse de bacillose, ne l'est

pas aujourd'hui que les polyarthrites aiguës tuberculeuses ont été étudiées spécialement par Poncet [1] et Patel [2]; nous nous rattacherons cependant plus volontiers à l'hypothèse de gonococcie. La forme polyarthritique du pseudo-rhumatisme infectieux aboutit bien des fois à sa localisation sur une seule articulation qui serait, dans le cas échéant, celle de la hanche, la malade semblant plutôt sous le coup de cette infection, datant de près d'un an, que sous celui de la bacillose, dont elle ne présenterait aucune autre manifestation.

Quel traitement convient-il d'appliquer à cette malade?

Essayer la réduction, la mise en place de la tête fémorale; c'est peut-être une manœuvre inutile. La luxation est ancienne de 8 mois; la cavité cotyloïde inoccupée a pu être comblée par un tissu inflammatoire; la réduction, de plus, pourrait réveiller ou aviver le travail inflammatoire, dont le cotyle est le siège.

Dans le cas échéant, l'état général médiocre de la malade ne prêtant guère à une intervention chirurgicale et le but à poursuivre, c'est-à-dire la possibilité de marcher, étant presque atteint du fait du léger raccourcissement et de la formation d'une néarthrose déjà solide, nous avons cru maintenir les choses en état.

[1] Poncet. — Gazette des Hôpitaux 1901, N° 75. — Société de Chirurgie 1903.
[2] Patel. — Revue de Chirurgie 1901, page 801.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le diagnostic de la luxation spontanée est facile à établir; mais reconnaître une luxation ne suffit pas : il faut encore rechercher sa cause.

Supposons, en effet, que nous nous trouvions en présence d'un enfant ayant présenté, à la suite d'un traumatisme léger, les signes d'une luxation de la tête du fémur. Le traumatisme, sans être exagéré, peut cependant laisser émettre un doute et permet au chirurgien de ne pas repousser d'emblée l'hypothèse, peu probable, il est vrai, mais cependant possible, d'une luxation banale. Mais voici que nous apprenons des détails plus précis. L'enfant est en convalescence d'une typhoïde, ou bien il a eu la scarlatine deux ans auparavant. Il a ressenti, il y a déjà longtemps, des douleurs, parfois très vives, dans une de ses hanches. Puis les phénomènes se sont calmés, tout signe alarmant a disparu, et deux ans après, la luxation, qui n'était pas encore prête à la première atteinte, s'effectue.

Cet exemple, improvisé pour les besoins de notre cause, suffit, croyons-nous, à montrer qu'un examen très minutieux des antécédents personnels et héréditaires du sujet s'impose.

Le diagnostic étiologique doit donc être ici le plus important. Il faudra toujours rechercher soigneusement les maladies antérieures du sujet. Bien souvent, l'affection causale remonte à plusieurs années et peut ne paraître avoir aucune

importance aux yeux du malade ou de son entourage. Une rougeole, une scarlatine, une variole même légères pourront être retrouvées dans les antécédents. La fièvre typhoïde passera moins souvent inaperçue qu'une blennorragie, un empyème du genou, un érysipèle, et dans nombre de cas il faudra un interrogatoire minutieux pour découvrir la notion initiale. La tuberculose au début se manifestera par la douleur au niveau de l'articulation de la hanche, la gonalgie quelquefois, une légère boîterie, les autres manifestations de la maladie pouvant nous faciliter dans nos recherches.

Quant au pronostic, il dépendra de la nature de la luxation ainsi que de son ancienneté ; tout dépend de l'intensité et de l'étendue du processus destructif Le retour de l'articulation à l'état normal est impossible, et tout ce que l'on peut espérer, c'est la guérison sans attitude vicieuse, sans déformation appréciable, sans raccourcissement notable du membre, avec plus ou moins d'atrophie musculaire.

Le but à atteindre est la possibilité de marcher ; c'est donc le rétablissement plus ou moins complet de la fonction qui précisera le pronostic.

Nous avons dressé ci-joint un tableau des résultats opératoires et non opératoires. D'après ce tableau, plus la luxation est récente, meilleur serait le résultat obtenu. On verra que, dans tous les cas où la réduction a été possible, la fonction de l'articulation a été intégralement rétablie. Le pronostic dépend donc de l'âge de la luxation.

OBSERVATEURS	AFFECTIONS CAUSALES	ANCIENNETÉ DE LA LUXATION	TRAITEMENT	RACCOURCISSEMt	RÉSULTAT FONCT.
Kummer.	Fièvre typhoïde.	3 mois	Résection.	2 centim. 1/2	Peu de claudication.
Baur.	Fièvre typhoïde.	Récente.	Réduction rapide.	0	Marche normale
Delens.	Fièvre typhoïde.	Récente.	Réduction à 2 reprises	0	Marche normale.
Delons.	Fièvre typhoïde.	3 mois	Réduction lente.	0	Inconnu.
Kirmisson.	Coxalg. au déb. 5 cas	de 1 à 3 mois.	Réduction rapide	0	Pas de claudication
Gilbert.	Polyarth. rhum.	Récente.	Réduction	0	Marche normale.
Karewsky.	Gonorrhée.	4 mois.	Résection.	4 centim. 1/2	Inconnu.
Kummer	Rougeole et fièvre typhoïde.	40 mois.	Ostéoclasie.	4 centim.	Peu de claudication.
Ruch.	Rhumat. artic. aigu.	1 mois 1/2.	Résection.	6 centim	Forte claudication.
Schotten.	Fièvre typhoïde.	3-5 mois.	Extension.	0	Parfait.
Volkmann.	Rhumat. artic. aigu.	3 semaines.	Réduction.	Appar. de 3 centim	Marche facile.
Tédenat.	Pneumonie	4 jours.	Réduction rapide.	0	Marche parfaite.
Tédenat.	Blennorrhagie.	8 mois.	Pas de traitement.	1 centim. 1/2	Marche avec peu de claudication.

TRAITEMENT

L'étude précédente montre clairement que le traitement de la luxation spontanée sera utilement divisé en préventif et curatif.

I. — Traitement préventif

C'est le plus important; si chaque fois qu'on se trouve en présence d'une des maladies qui prédisposent à la luxation, on prenait bien soin d'examiner les articulations les plus souvent atteintes; si à la moindre menace de ce côté, à la plus légère douleur, aux plus petits symptômes, on prenait à l'avance les précautions nécessaires, bien des conséquences funestes pourraient être évitées. L'immobilisation que le chirurgien pratique au début de la coxalgie est peut-être la cause des cas rares de luxation aiguë dans cette affection, bien que, dans une des observations citées de Kirmisson, la luxation se soit produite, le malade étant dans son appareil.

Le principe, dans le cas qui nous occupe, consiste à combattre la tendance à l'attitude vicieuse du membre par divers moyens. La gouttière de Bonnet donnera d'excellents résultats, pourvu que l'attitude du bassin soit surveillée. S'il y a des manifestations musculaires, on devra recourir à l'extension à l'aide de poids.

II. — Traitement curatif

Nous le diviserons en :

1° Traitement par réduction;

2° Traitement chirurgical.

1° *Traitement par réduction.* — a) *Rapide.* — Une fois la luxation produite, l'idéal du traitement est la réduction rapide de la tête fémorale dans le cotyle. Ce traitement est d'ailleurs facile dans les cas de luxation récente.

Mais, lorsque le déplacement est ancien, et dans notre observation il remontait à huit mois, la réduction rapide devient souvent impossible. Rien n'est d'ailleurs plus variable que le temps nécessaire pour rendre irréductible une luxation, certaines le devenant après deux mois, d'autres ayant été guéries par l'intervention rapide au bout de cinq mois.

Manuel opératoire (luxation iliaque). — 1° Il est utile de mobiliser tout d'abord la tête fémorale par des mouvements de flexion extension, abduction, adduction et circumduction, ces manœuvres constituant en pareille occasion le premier temps du manuel opératoire;

2° Immobilisation du bassin, puis flexion de la jambe sur la cuisse et de celle-ci sur le bassin;

3° Traction verticale et mouvement d'abduction légère de la cuisse;

4° Rotation externe aussi étendue que possible;

5° Extension lente de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse.

Telle est la méthode recommandée par Paci pour la réduction des luxations congénitales et applicable à la luxation spontanée.

Kirmisson obtint un excellent résultat par la flexion combinée à une pression directe de bas en haut sur le grand trochanter, suivies de l'extension du membre. Brown eut recours à la flexion simple.

Volkmann décompose en cinq temps : flexion exagérée, adduction, abduction, rotation externe, extension.

D'ordinaire, la rentrée de la tête s'accompagne d'un bruit caractéristique, d'un brusque claquement. Ce signe peut cependant faire défaut.

La récidive peut survenir au bout d'un laps de temps variant de quelques heures à quinze jours. Dans une des observations que nous citons, nous avons vu que la fracture du fémur, peut compliquer les manœuvres de réduction rapide. Ce fait est heureusement une exception.

b) *Réduction lente.*—Humbert (de Morlaix) est le premier à avoir appliqué la méthode lente à la réduction des luxations.

Il se sert :

1° Du lit mécanique de Bonnet ;

2° D'extensions préparatoires ;

3° De manœuvres de réduction ;

4° Du traitement consécutif, consistant surtout en extension continue avec des poids progressivement croissants.

Les résultats d'Humbert ont été fortement attaqués. Pravaz affirme que Humbert est uniquement parvenu à transposer la tête fémorale sans la réduire. Qu'il nous suffise de reconnaître qu'il fit progresser le traitement des luxations spontanées, puisqu'il atteignit le but proposé. D'ailleurs, lorsque réduction rapide ou lente ont échoué, c'est à la transposition de la tête fémorale que l'on s'adresse pour corriger les troubles fonctionnels. Cette méthode consiste à rapprocher la tête articulaire de la cavité coty-

loïde : de ce fait, le raccourcissement du membre sera moins accentué et la position vicieuse en partie atténuée. Quant aux moyens employés pour arriver à ce résultat, ils varient à l'infini. Champenois, Sonnenburg, ont recours à des mouvements rapides ; Friedheim à l'extension lente ; Dittel à une méthode mixte.

2° *Traitement chirurgical.* — a) *Réduction opératoire.* — Karewsky a ouvert l'articulation coxo-fémorale et a réduit la tête luxée : le résultat, paraît-il, fut excellent. C'est d'ailleurs le seul cas que nous ayons pu connaître de ce genre d'intervention.

b) *Décapitation du fémur.* — Lorsque la tête fémorale est irréductible, on peut la réséquer. C'est ce qu'ont fait Karewsky, Kummer, Lücke. Tous les malades ont supporté l'opération sans accidents. Les résultats obtenus sont assez satisfaisants. Les malades recouvrent en grande partie leurs mouvements ; le raccourcissement varie de 4 à 6 cent. La boîterie peut être corrigée presque complètement par l'inclinaison du bassin et le port d'une chaussure appropriée.

c) *Ostéotomie du fémur.* — Pratiquée par Sonnenburg dans un cas de luxation post-typhique, l'ostéotomie a donné d'excellentes suites opératoires. Le malade marche sans presque boiter.

d) *Ostéoclasie du fémur.* — Kummer, Dolbeau et d'autres auteurs, ayant reconnu qu'à la suite des fractures du fémur survenues au cours des manœuvres de réduction rapide, la mauvaise position et l'attitude vicieuse du membre lésé étaient corrigées, pensent que l'ostéoclasie voulue du fémur peut devenir un pis-aller thérapeutique.

Le cas de Dolbeau est à ce point de vue caractéristique : un mouvement de flexion exagérée fractura le col du fémur.

Dolbeau mobilisa de bonne heure le membre fracturé pour obtenir la création d'une pseudarthrose. Les mouvements furent communiqués sous le chloroforme. Le résultat fut aussi satisfaisant que possible. Au lieu d'un raccourcissement de 18 centimètres, le membre n'en présentait plus que 8. La flexion et l'adduction étaient faciles, l'abduction et la rotation externe encore incomplètes au moment où la malade fut perdue de vue. Elle pouvait marcher, assez péniblement il est vrai ; l'état général était excellent.

Dans un cas de Kummer, le raccourcissement de 18 cent., tomba à 3 cent 1/2, et la position désavantageuse fut absolument corrigée. Il faut cependant remarquer que jusqu'à présent l'ostéoclasie n'a pas été recherchée mais simplement prévue et d'ailleurs favorablement acceptée par les chirurgiens.

Que penser des différents moyens d'action thérapeutique que nous venons d'énumérer?

Il est évidemment indiscutable que le procédé de choix est la réduction rapide. Mais, pour donner un bon résultat, elle exige une condition *sine qua non* : la production récente de la luxation. Passé un délai que l'on peut évaluer à environ 3 mois, la réduction rapide a beaucoup de chances d'être impuissante et doit céder le pas aux autres méthodes. Cependant la fracture qu'elle peut amener ne doit pas être toujours considérée comme une complication, car, ainsi que nous venons de le voir, elle procure le plus souvent un bon résultat fonctionnel.

La réduction lente par extension continue peut avoir d'excellents effets pourvu qu'elle soit prolongée suffisamment, car, alors même que la réduction exacte ne soit pas obtenue, on arrive toujours à une transposition de la tête fémorale suivie d'un résultat fonctionnel très suffisant.

Dans le cas où ces procédés ne réussiraient pas, un procédé

pourrait encore être employé ; nous voulons parler de la réduction sanglante telle que Karewsky l'a employée.

Cette opération, peu connue, puisque Karewsky a été le seul à la pratiquer, rencontrera sans doute un sérieux obstacle dans la rétraction musculaire qui s'opposera à la réintégration de la tête fémorale. Il faudra avoir recours à des tractions forcées, à des myoténotomies, telles qu'on les emploie pour la réduction des luxations congénitales. L'ostéotomie, la décapitation fémorale, pourront aussi donner de bons résultats. Toutefois, il est permis d'hésiter avant d'entreprendre une intervention sanglante sur une luxation spontanée ancienne. On agit souvent chez des malades que la maladie causale a sérieusement affaiblis ; et quand ce n'est que longtemps après (8 mois dans notre observation) que l'on a à examiner le sujet, il est bon nombre de considérations qui peuvent arrêter le chirurgien. On risque d'avoir affaire à un cotyle déjà comblé par des tissus de néoformation. Le bourrelet cotyloïdien n'est pas sûrement demeuré indemne et des lésions de la tête sont probables ; des adhérences se sont sans nul doute organisées au point où le fémur appuie sur la fosse iliaque ; une pseudarthrose est en voie de formation, si elle n'est pas déjà complètement établie. Dans ce cas, lorsque le raccourcissement n'est pas très marqué, lorsque les mouvements, sans être intégralement conservés, le sont néanmoins en partie, il nous paraît sage de maintenir le *statu quo* lorsque les manœuvres de réduction rapide ou lente n'ont pas donné de résultat.

CONCLUSIONS

1° Il existe, au cours de certaines affections, des luxations spontanées à début brusque auxquelles on peut donner le nom de « luxations spontanées aiguës ». L'articulation de la hanche y est le plus particulièrement exposée.

2° Ces luxations sont rares 20 cas).

3° L'arthrite préexiste toujours à la luxation pathologique.

4° Les lésions de l'articulation, très variables, n'intéressent jamais profondément les surfaces osseuses, la réduction se maintenant avec la plus grande facilité.

5° La théorie pathogénique la plus acceptable paraît celle de la présence de liquide intra-articulaire combinée à celle de la contraction musculaire.

6° Ces luxations sont réductibles lorsqu'elles sont suffisamment récentes, et le traitement de choix est la réduction rapide.

7° Lorsque la luxation est ancienne, l'état général du sujet pas très bon, que d'autre part la marche est possible par la formation d'une pseudarthrose et d'un raccourcissement relativement léger, il faut de préférence maintenir le *statu quo*.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 21 Juillet 1903.
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 21 Juillet 1903
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Barwell. — Luxation spontanée de la hanche. Royal medico-chirurg. Society, 28 avril 1896.

Baur — In Jeschinsky, Thèse Halle, 1869 ; Thèse Giessen, 1856.

Bonnet. — Traité des maladies des articulations, 1845.

Bouvier. — Luxation spontanée de la hanche. Bull. de la Soc. de chirurgie, 1853.

Bouhcy. — Déterminations articulaires dans les maladies infect.

Boyer (le baron). — Traité des maladies chirurgicales. 1831.— Des luxations spontanées ou consécutives du fémur, 1831, tom. IV, chap. XII, pag. 305.

Buot. — Pseudo-rhumatisme typhique. These Paris, 1883.

Brown (Francis H.). — Boston med. and surg. Journ., 29 septembre 1870.

Capelle. — Quelques considérations sur la luxation du fémur dans la fièvre typhoïde. Journ. de Méd., 1861, tom. XXXII.

Champenois. — Des luxations subites se produisant dans le cours des maladies aiguës Thèse Lille, 1894.

Chevalet. — Complications articulaires de la scarlatine. Thèse Paris, 1891.

Chantrel. — Luxations de la hanche en avant Th. Paris, 1899.

Degez. — Luxations subites consécutives aux maladies aiguës. Thèse Paris, 1878.

Delens. — Deux observations de luxation de la hanche à la suite de fièvre typhoïde. Soc. de Chir. novembre 1883.

Didier. — Des luxations pathologiques consécutives aux arthrites rhumatismales aiguës. Th. Paris. 1880.

Duplay — Luxation spontanée de la hanche. Presse méd , mai 1898.

— Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1900.

Etienne (G). — Revue neurologique, n° 7, 1899. — Revue médicale de l'Est, 24 octobre 1900, 24 avril 1901.

Etienne (L.). — Des luxations spontanées se produisant dans le cours des principales infections. Th. Nancy, 1902.

Forgue et Maubrac. — Des luxations pathologiques, 1886.

Freemann. — Luxation spontanée de la hanche au cours d'une fièvre typhoïde. Med. News, 1895.

Gross. — Luxation ancienne de la hanche. Son traitement chirurgical. Bull. médic., février 1877.

Guterbock. — Langenbeck's Arch., vol. XVI.

Hamilton. — 8e édition, 1891.

Hannon. — Revue médico-chirurgicale, tom. X, 1851.

Hartmann. — Revue d'Orthopédie, mai 1894.

Humbert (de Morlaix) et Jacquier. — Essais et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées ou symptomatiques de l'articulation coxo-fémorale, 1875.

Jourdan. — Congrès de chirurgie, octobre 1898.

Karewski.—Luxation spontanée dans une coxalgie blennorrhagique Centralblatt für Chirurg., septembre 1892.

Kirmisson. — Rapport sur une observation de Hartmann. Soc. de Chirurgie, tom. XX, 1894, pag. 203.

Keen. — In Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus, tom. III, 2e édit., pag. 287-289.

Koenig. — Traité de pathologie externe, 4e édit., tom. III, pag.417.

Kummer. — Revue de Chirurgie, 1898 — Soc. de Chir., 1900.

Lapersonne (De). — Arthr. infectieuses. Th. d'agrég., 1886.

Leclerc. — Sur une observation de luxation pathologique de la hanche dans le cours de fièvre continue Bull. de la Soc. de Chir., XXI. Paris, 1896.

Le Guichaoua. — Des variétés rares de luxations spontanées de la coxalgie. Thèse Paris, 1901.

Lesauvage. — Mémoire théorique et pratique sur les luxations dites spontanées ou consécutives.

Malgaigne. — Observation sur le diagnostic différentiel des luxations congénitales et des luxations de la première enfance. Rev. méd. chir., 1880.

Mauclaire. — Archives générales de médecine, 8e série, 1895.

Nélaton (Ch.). — In Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus, tom. III, pag. 348.

Parise. — Recherches histologiques, physiologiques et patholo-

giques sur le mécanisme des luxations spontanées. Arch. de méd., 42, 3e série, tom. XIV. pag. 1-142.

Phocas. — Des luxations subites se produisant dans le cours de certaines maladies aiguës. Gaz. des Hôp., novembre 1894.

Reclus. — Des luxations paralytiques du fémur. Revue de méd. et de chir., 78, pag. 176.

Roser. — Zur Lehre von den Spontanluxationen. Schmidt's Jahrbücher, 1, 97, pag. 120.

Robin. — Les arthropathies et la fièvre typhoïde. Arch. gén. de méd. Paris, 1894. pag. 257. — Gazette médicale, 1881.

Ruchs (G.).— Zwei Fälle von Spontanluxationen des Hüftgelenks nach acuten Gelenk-Rheumatismus. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 92, pag. 594.

Sonnenburg.— Luxations spontanées du fémur. Traitement. XIVe Congrès all. de Chirurgie, 1885.

Tillaux. — Traité de Chirurgie clinique, tom. II, pag. 744.

Verneuil. — Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 31 octobre 1883. — Luxations paralytiques. Gaz. hebdomadaire, 1860.

Weil. — Spontanluxation der rechten Hüftgelenks nach Typhus. Progr. med. Woch., 78. ne 7.

Widal. — Luxation spontanée de la tête du radius au cours d'hydarthrose blennorragique à bascule des deux coudes. Soc. méd. des Hôp., juillet 1895.

Witzel. — Gelenkentzündungen nach Infections Krankheiten. 1890.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.